



<sup>1</sup>Pilar Jürschik  
<sup>1</sup>Carmen Nuin  
<sup>2</sup>Margarita Pera  
<sup>3</sup>Angels Bosch  
<sup>4</sup>Yolanda Fauria  
<sup>5</sup>Teresa Noguera  
Nuria Navarro

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería. Universidad de Lleida.

<sup>2</sup>Centro de Atención Primaria Balafia, Pardinyes, Secà de Sant Pere.

<sup>3</sup>Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

<sup>4</sup>Hospital Santa María.

<sup>5</sup>Hospital Nadal Meroles.

**Correspondencia:**

Pilar Jürschik Giménez Giménez

C/ Rovira Roure, 44

25198-Lleida

Tfno.: 973 70 24 64; fax: 073 70 24 48

E-mail: pilar.jurschik@infermeria.udl.es

Factores sociodemográficos  
y psicosociales que influyen  
en el estado nutricional  
de los mayores de 65 años  
de diferentes niveles asistenciales

*Sociodemographic and psychosocial  
factors affecting the nutritional state  
in the population older than 65 years  
from different attending levels*

Proyecto realizado en el Departamento de Enfermería de la  
Universidad de Lleida y financiado por la Universidad de Lleida  
(08021/dic. 2002).

**RESUMEN**

En este estudio se pretende analizar qué factores sociodemográficos y psicosociales repercuten de manera más negativa sobre el estado nutricional en la población mayor de 65 años de diferentes niveles asistenciales. El instrumento de medición del estado nutricional fue el *Mini Nutricional Assessment* (MNA). Ciento noventa sujetos fueron incluidos en el estudio: 44,9% hombres y 55,1% mujeres, con edad media de 75,81 años. Presentaban peor estado nutricional los sujetos ingresados en los centros de media y larga estancia, los mayores de 80 años, los que no salían de su domicilio, los que subjetivamente se encontraban tristes y solos, los que eran dependientes en las ABVD y los que tenían deterioro cognitivo.

**SUMMARY**

*We pretend to analyze which have the most negative repercussions on the nutritional state in the population older than 65 years from different attending levels. The measuring tool for the nutritional state was the Mini Nutritional Assessment (MNA). 190 subjects were included in the study: 44,9% men and 55,1% women, mean age: 75,81 years. The subjects who showed the worst nutritional state were those who were at middle and long stay centres, those older than 80 years, the subjects who were all day at home, those who felt sad and alone, those who were dependent on the basic activities of daily life and the subjects with cognitive damage.*

**KEY WORDS**

*Nutrition in elder people, demographic factors, psychosocial factors.*



Estado nutricional del anciano, factores demográficos, factores psicosociales.

## INTRODUCCIÓN

Existen distintas esferas psicosociales en los adultos mayores, como son el ingreso en hospitales o instituciones geriátricas, el aislamiento, la soledad, la depresión y otras alteraciones psiquiátricas, el mayor número de enfermedades crónicas, la mayor incapacidad física y psíquica y la pérdida de autonomía social y personal, que obligan a modificar la dieta del adulto mayor en algunos aspectos, para evitar en unos casos y compensar en otros las carencias nutricionales y, consecuentemente, los trastornos de la salud. Obviamente, las personas de edad avanzada con mejor salud, mayor autoestima corporal, menor ánimo depresivo y menos estresantes sociales, por poner sólo algunos ejemplos, disfrutarán de mayor bienestar psicosocial (1). Es importante englobar todos estos elementos para que puedan tenerse en cuenta de cara a la planificación nutricional.

Los profesionales de enfermería que trabajan con personas de edad avanzada deben detectar los posibles casos de desnutrición y las causas para poder intervenir sobre ellas. El proceso de valoración al individuo mayor no sólo debe centrarse en la evaluación de los déficits y enfermedades, sino también en las capacidades, funciones y relaciones positivas mantenidas (2). De este modo entenderemos que el proceso de valoración es una parte de la intervención.

El objetivo de este trabajo es analizar el estado nutricional de la población mayor de 65 años de diferentes niveles asistenciales, así como conocer qué factores sociodemográficos y psicosociales repercuten de manera más negativa sobre la nutrición.

## MÉTODOS

### Diseño

Para este estudio se ha analizado una parte de las variables de un estudio descriptivo transversal más amplio

realizado a las personas mayores de 65 años en varios centros asistenciales.

### Población

Personas de 65 años o más, atendidas en centros sanitarios y socio-sanitarios de la ciudad de Lleida.

*Criterios de inclusión:* tener 65 años o más y acudir a los centros asistenciales escogidos.

*Criterios de exclusión:* sujetos con enfermedad neurológica avanzada de los que no se pudiera obtener información subrogada de familiares y cuidadores.

*Tipología de los centros:* hospitales de agudos, unidades socio-sanitarias de media estancia, unidades sociosanitarias de larga estancia y centros de Atención Primaria.

*Muestra:* por motivos de operatividad y viabilidad del estudio, se escogió un centro de cada tipo. Los criterios que se siguieron para escoger dichos centros fueron:

1. La magnitud (a mayor magnitud, mayor oportunidad de elección y mayor representatividad).
2. La proximidad a la ciudad de Lleida.
3. Las posibilidades de las instituciones de colaboración con el estudio.

A pesar de que no es una muestra basada en criterios de aleatoriedad, los centros escogidos garantizan altos niveles de representatividad dada su magnitud y el hecho de que dentro de un mismo centro, en la mayoría de los casos, conviven diferentes tipologías de usuarios, a pesar de la especialización de cada uno de ellos.

*Tipos de usuarios y centros escogidos:*

- Agudos: Hospital de agudos: Hospital Universitario Arnau de Vilanova.
- Subagudos: Centro de media estancia: Unidad Socio-Sanitaria Hospital Santa María.
- Crónicos: Centro de larga estancia: Hospital Nadal Merols.

- Domicilio: Centro de Atención Primaria: CAP de Balafia, Pardinyes, Secà de Sant Pere.

Todos los centros se hallan ubicados en la ciudad de Lleida.

### Variables

En la Tabla 1 se especifican las variables utilizadas. Se han agrupado para el análisis en distintas categorías, de forma que todas las variables quedan como dicotómicas y por lo tanto los resultados resultan más fáciles de entender.

#### *Factores sociodemográficos*

Se ha considerado que no tenían estudios las personas analfabetas o que sólo sabían leer o escribir. Se ha estimado la variable estado civil como “casado/a” a los individuos casados o que vivían con pareja y “otros” los solteros/as, viudos/as, separados/as o divorciados/as. La variable hospitalización se refiere al ingreso en un hospital en el momento de la entrevista.

#### *Estado nutricional*

El estado nutricional fue estimado a través del *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (3). Esta escala está diseñada específicamente para valorar la población geriátrica ingresada en el hospital, en una institución geriátrica o en la comunidad. Las variables estudiadas se agrupan en cuatro grupos: antropometría, parámetros globales, hábitos dietéticos y percepción de salud. El MNA analiza 18 ítems en total y su puntuación máxima es de 30 puntos. Los pacientes se clasifican en tres grupos: superar los 23,5 puntos significa estado nutricional satisfactorio; de 17 a 23,5, riesgo; y menos de 17 puntos, malnutrición. Para este estudio, los dos últimos grupos fueron reagrupados en una sola categoría: estado nutricional insatisfactorio (4).

#### *Factores psicosociales*

En la variable movilidad, a la pregunta “¿Sale de su domicilio?” el paciente debía responder si sería capaz de salir de casa. Si estaba ingresado, se le preguntó si sería capaz de salir a la calle.

Se valoró la capacidad funcional mediante el índice

de Katz (5), que evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). El índice de Katz se valora por medio de una escala que mide seis actividades básicas como son: lavarse, vestirse, usar el retrete, movilización, continencia y alimentación. Cada una de estas actividades se valora como independiente o dependiente según la actividad se hace sin ayuda o necesita ayuda o no se hace. En este estudio se consideran independientes para las ABVD las personas capaces de realizar los seis ítems y dependientes totales o parciales cuando no pueden hacer al menos un ítem.

El estado cognitivo se valoró mediante el test de Pfeiffer (6), que es un cuestionario abreviado sobre el estado mental. El *Short*

Tabla 1. Variables del estudio

Factores sociodemográficos		Factores psicosociales	
Edad	-65-79 años ≥ 80 años	<i>Entorno social</i>	
Sexo	-Hombre -Mujer	Sale del domicilio	-No -Sí
Estado civil	-Casado -Otros	Vive	-Solo -Acompañado
Nivel de estudios	-No estudios -Otros	Número de amigos	-Menos de 2 -3 ó más
Hospitalización	-Sí -No	<i>Estado de ánimo</i>	
Estado nutricional		¿Se encuentra usted solo?	-Nunca o a veces -Siempre o casi siempre
Escala MNA	-Satisfactorio -Insatisfactorio	¿Se encuentra usted triste?	-Nunca o a veces -Siempre o casi siempre
		<i>Actividad funcional</i>	
		ABVD	-Independiente
		Índice de Katz	-Dependiente total o parcial
		<i>Estado cognitivo</i>	
		Test de Pfeiffer	-Sin deterioro o deterioro leve -Deterioro moderado o grave



30 *Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) es un instrumento útil para la detección del deterioro cognitivo elaborado especialmente para pacientes de edad avanzada. Dicho cuestionario consta de 10 preguntas en cuyos resultados debe sumarse 1 punto por cada pregunta mal contestada (error); 0= normal, 10= máximo deterioro. En este estudio se ha considerado de 0 a 4 errores estado normal o deterioro leve y de 5 a 10 errores deterioro moderado o severo.

### Recogida de datos

La recogida de la información la realizaron 12 enfermeras de los distintos centros. La información fue realizada siempre por las mismas encuestadoras.

A los pacientes que presentaban graves problemas de comunicación, los datos requeridos fueron recabados por familiares o cuidadores. Asimismo, en los pacientes que presentaban graves problemas para medir la altura, parámetro imprescindible para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), se utilizó la medida del largo del brazo (demispan) (7).

### Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v 11.5. Se comprobó, mediante comparación de proporciones (test de  $\chi^2$ ), la existencia de asociación del estado nutricional con los factores sociodemográficos, entorno social, estado de ánimo, actividad funcional y estado cognitivo en los grupos de los diferentes niveles asistenciales. La comparación del estado nutricional con el nivel asistencial se ha comprobado con la prueba de  $\chi^2$  para análisis de tendencias lineales. El nivel de significación asumido ha sido de  $p < 0,05$

### RESULTADOS

Un total de 190 sujetos fueron incluidos en el estudio,

44,9% hombres y 55,1% mujeres, con una edad media de 75,81 años. 39

Las características de los cuatro grupos de adultos mayores incluidos en este estudio fueron (Tabla 2):

#### *Domicilio*

Este grupo estaba formado por individuos que acudieron al Centro de Atención Primaria (CAP) para control y/o revisión. Tenían una edad media de 73,3 años. El 33,3% eran hombres y el 66,7% mujeres. La puntuación media del total del MNA fue de 26,5. De estos sujetos, el 97,8% eran independientes en cinco o seis actividades en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y tenían una media de errores de 0,9 en el test de Pfeiffer.

#### *Agudos*

Este grupo estaba formado por individuos ingresados en una Unidad de Agudos del hospital. Tenían una edad media de 77,1 años. El 56,4% eran hombres y el 43,6% mujeres. Esta población en fase aguda de su enfermedad, estaba ingresada en la Unidad de Cirugía o de Medicina Interna del Hospital de Agudos. La puntuación media del total del MNA fue de 22,2. De estos sujetos, el 85,5% era independiente en la realización de las ABVD y tenían una media de 1,9 errores en el test de Pfeiffer.

#### *Subagudos*

Este grupo estaba formado por individuos admitidos en el hospital de corta estancia o Unidad de con-

Tabla 2. Características de los grupos

	Nivel asistencial			
	Domicilio	Agudos	Subagudos	Crónicos
n	99	75	15	11
Edad	73,3	77,1	79,2	80,6
Sexo				
Hombres	33,3%	56,4%	41,2%	61,5%
Mujeres	66,7%	43,6%	58,8%	38,5%
MNA	26,5	22,2	16,9	17,4
IMC	29,9	26,3	25,6	23,7
Test Pfeifer (errores)	0,9	1,9	2,7	5,4
Índice de Katz (ABVD)				
0-1	0%	5,3%	62,5%	91,8%
2-4	2,2%	9,3%	25%	18,2%
5-6	97,8%	85,5%	12,5%	0%

40 valecencia. Tenía una edad media de 79,2 años. El 41,2% eran hombres y el 58,8% mujeres. Eran personas en la fase subaguda de su enfermedad o en proceso de rehabilitación. La puntuación media del total del MNA fue de 16,9. De estos sujetos, sólo el 12,5% era independiente en la realización de las ABVD y tenía una media de 2,7 errores en el test de Pfeiffer.

#### *Crónicos*

Este grupo estaba formado por personas admitidas en el hospital de larga estancia. Tenían una edad media de 80,6 años. El 61,5% eran hombres y el 38,5% mujeres. Estos usuarios eran personas mayores con enfermedades crónicas de larga evolución. La puntuación media del total del MNA fue de 17,4. De estos sujetos, ninguno era independiente en la realización de las ABVD y tenían una media de 5,4 errores en el test de Pfeiffer.

#### **Análisis bivalente**

##### *Nivel asistencial*

Si comparamos el nivel asistencial con el estado nutricional, tal como vemos en la Fig. 1, se observa que dentro de la categoría de estado nutricional insatisfactorio están el 100% de los individuos crónicos, el 93,3% de los subagudos, el 58,7% de los agudos y el 13,5% de los que vivían en su domicilio ( $p < 0,0001$ ). Además se ha constatado una tendencia lineal en el sentido que a mayor nivel asistencial, menor estado nutricional ( $p < 0,0001$ ).

##### *Factores sociodemográficos y psicosociales*

Al comparar ambos sexos según el nivel de educación se observaron diferencias estadísticamente significativas: dentro de la categoría sin estudios, el 67,6% eran mujeres y el 49,4% hombres.

En cuanto la edad, al comparar los mayores y menores de 80 años, se observaron diferencias significativas en el sentido de que, de los sujetos que no salían de su domicilio, el 37,9% eran mayores de 80 años y el 16,4% menores; de los que presentaban deterioro cognitivo moderado o grave, el 21,8% eran mayores y el 9% menores; de los que eran dependientes el 48,2% eran mayores y el 16,2% menores.

31 Se comparó también el deterioro cognitivo con el nivel de educación. Se observaron diferencias significativas con un 18% de individuos con deterioro y sin estudios frente al 5,5% con deterioro y con estudios.

Si comparamos las distintas variables con las preguntas subjetivas, como vemos en la Tabla 3, era estadísticamente significativo que se encontraban más solos los que no estaban casados (18,2%) que los que sí lo estaban (2,7%), los que no salían de su domicilio (22%) que los que sí salían (5,4%), los que vivían solos (22,6%) que los que vivían acompañados (6,3%), los que tenían menos de tres amigos (16,1%) que los que tenían más de tres (5,6%), los que eran dependientes (17,8%) que los que eran independientes (6,4%) y los que tenían deterioro cognitivo (20,8%) que los que no lo tenían (7,5%). Asimismo, declaró estar siempre o casi siempre triste el 20,4% de las mujeres frente al 4,8% de los hombres, el 20,5% de los que no estaban casados frente al 8,9% de los que sí lo estaban y el 28,6% de los que no salían de su domicilio frente al 9,3% de los que sí salían.

#### **Factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con el estado nutricional**

En lo que respecta a las variables sociodemográficas relacionadas con el estado nutricional, como puede verse en la Tabla 4, existen diferentes factores relacionados. Era estadísticamente significativo que de los individuos que presentaban un estado nutricional insatisfactorio, el 59,3% era mayor y el 36% menor de 80 años, el

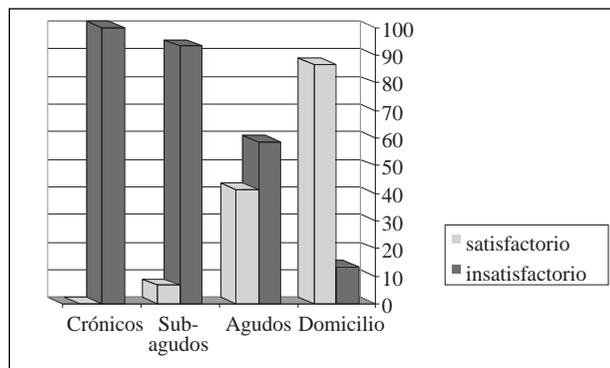


Fig. 1. Comparación entre el nivel asistencial y el estado nutricional.



Tabla 3. Factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con el estado de ánimo

		Se encuentra solo				Se encuentra triste			
		Nunca o casi nunca		Casi siempre o siempre		Nunca o casi nunca		Casi siempre o siempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel asistencial	Domicilio	82	94,3%	5	5,7%	81	91,0%	8	9,0%
	Agudos	70	92,1%	6	7,9%	65	86,7%	10	13,3%
	Subagudos	10	66,7%	5	33,3%	8	50,0%	8	50,0%
	Crónicos	11	91,7%	1	8,3% <sup>b</sup>	12	100,0%	0	0% <sup>d</sup>
Edad	65-79 años	125	91,9%	11	8,1%	120	88,2%	16	11,8%
	80 ó más años	48	88,9%	6	11,1% NS	46	82,1%	10	17,9% NS
Sexo	Hombre	80	95,2%	4	4,8%	80	95,2%	4	4,8%
	Mujer	93	87,7%	13	12,3% NS	86	79,6%	22	20,4% <sup>b</sup>
Estado civil	Casado	108	97,3%	3	2,7%	102	91,1%	10	8,9%
	Otros	63	81,8%	14	18,2% <sup>d</sup>	62	79,5%	16	20,5% <sup>a</sup>
Estado actual	Domicilio	82	94,3%	5	5,7%	81	91,0%	8	9,0%
	Hospital	91	88,3%	12	11,7% NS	85	82,5%	18	17,5% NS
Movilidad	Sale del domicilio	141	94,6%	8	5,4%	136	90,7%	14	9,3%
	No sale del domicilio	32	78,0%	9	22,0% <sup>c</sup>	30	71,4%	12	28,6% <sup>c</sup>
Vive	Acompañado	149	93,7%	10	6,3%	140	87,0%	21	13,0%
	Solo	24	77,4%	7	22,6% <sup>b</sup>	26	83,9%	5	16,1% NS
Número de amigos	Más de tres amigos	118	94,4%	7	5,6%	112	87,5%	16	12,5%
	0-3 amigos	52	83,9%	10	16,1% <sup>b</sup>	51	83,6%	10	16,4% NS
I. Katz	Independiente	131	93,6%	9	6,4%	126	88,7%	16	11,3%
	Dependiente total o parcial	37	82,2%	8	17,8% <sup>a</sup>	35	77,8%	10	22,2% NS
T. Pfeifer	Sin deterioro o deterioro leve	147	92,5%	12	7,5%	141	87,6%	20	12,4%
	Deterioro moderado o grave	19	79,2%	5	20,8% <sup>a</sup>	19	79,2%	5	20,8% NS

<sup>a</sup>p < 0,05.  
<sup>b</sup>p < 0,01.  
<sup>c</sup>p < 0,001.  
<sup>d</sup>p < 0,0001.  
NS: no significativo.

60,5% no estaba casado y el 31,5% sí lo estaba. Como era de esperar, estaban más malnutridos los que estaban ingresados en el hospital (68,3%) que los que vivían en su domicilio (13,5%). Por último, las mujeres estaban más malnutridas (43,8%) que los hombres (41,2%), sin significación estadística.

Como podemos ver en la Tabla 4, si comparamos las variables psicosociales con el estado nutricional vemos que es estadísticamente significativo que tenían peor estado nutricional los sujetos que no salían de su domicilio (97,6%) que los que sí salían de su domici-

lio (27%), los que declararon en la entrevista que se encontraban solos o tristes siempre o casi siempre (73,3% y 69,6%, respectivamente) que los que declararon que se encontraban solos o tristes nunca o casi nunca (39,9% y 38,3%), los dependientes total o parcialmente en las ABVD (80%) y los que tenían un deterioro cognitivo moderado o grave (77,3%) que los que eran totalmente independientes (28,8%) y sin deterioro cognitivo (36,7%).

Asimismo, declaró estar siempre o casi siempre triste el 50% de los individuos subagudos, seguidos de los

**Tabla 4. Factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con el estado nutricional**

		Estado nutricional				Sig.
		Satisfactorio		Insatisfactorio		
		n	%	n	%	
Nivel asistencial	Domicilio	77	86,5%	12	13,5%	***
	Agudos	31	41,3%	44	58,7%	
	Subagudos	1	6,7%	14	93,3%	
	Crónicos	0	0%	11	100%	
Edad	65-79 años	87	64,0%	49	36,0%	**
	80 ó más años	22	40,7%	32	59,3%	
Sexo	Hombre	50	58,8%	35	41,2%	NS
	Mujer	59	56,2%	46	43,8%	
Estado civil	Casado	76	68,5%	35	31,5%	****
	Otros	30	39,5%	46	60,5%	
Estado actual	Domicilio	77	86,5%	12	13,5%	***
	Hospital	32	31,7%	69	68,3%	
Movilidad	Sale del domicilio	108	73,0%	40	27,0%	****
	No sale del domicilio	1	2,4%	41	97,6%	
Vive	Acompañado	95	59,7%	64	40,3%	NS
	Solo	13	43,3%	17	56,7%	
Número de amigos	Más de tres amigos	76	59,8%	51	40,2%	NS
	0-3 amigos	29	49,2%	30	50,8%	
Se encuentra solo	Nunca o casi nunca	101	60,1%	67	39,9%	**
	Casi siempre o siempre	4	26,7%	11	73,3%	
Se encuentra triste	Nunca o casi nunca	100	61,7%	62	38,3%	**
	Casi siempre o siempre	7	30,4%	16	69,6%	
I. Katz	Independiente	99	71,2%	40	28,8%	****
	Dependiente total o parcial	9	20,0%	36	80,0%	
T. Pfeifer	Sin deterioro o deterioro leve	100	63,3%	58	36,7%	****
	Deterioro moderado o grave	5	22,7%	17	77,3%	

<sup>a</sup>p< 0,05.  
<sup>b</sup>p< 0,01.  
<sup>c</sup>p< 0,001.  
<sup>d</sup>p< 0,0001.  
 NS: no significativo.

agudos (13,3%), de los que vivían en su domicilio (9%) y de los crónicos (0%).

## DISCUSIÓN

Los estudios de prevalencia vienen a ser una fotografía en un momento y lugar determinado. Dado que los estudios de incidencia son mucho más costosos, los de prevalencia sirven para tener una información pun-

tual y ver su evolución en el tiempo para detectar desviaciones que puedan corregirse.

El instrumento de medición utilizado para valorar el estado nutricional fue el MNA, método que sirve como patrón de referencia en la identificación de sujetos con malnutrición (3-8). Esta escala ha sido validada para la población geriátrica entre 65 y 90 años o más en diferentes países, entre ellos el nuestro (9). La recogida de datos mediante el MNA ha sido relativamente fácil, ya que se había realizado un entrenamiento previo. El promedio de recogida ha sido de unos 10 minutos. En las personas con deterioro cognitivo incapaces de responder a las preguntas se ha recurrido a un cuidador directo.

Numerosos estudios se han llevado a

cabo para estimar la estatura mediante técnicas que puedan ser aplicadas a personas no ambulatorias (10-12); en algunos se ha utilizado la medición de la extensión del brazo (13), en otros la medición de los huesos largos, dado que su longitud no cambia con la edad (14). En nuestro estudio, con los individuos que presentaban graves problemas para medir la altura por presentar cifosis u otras alteraciones, se utilizó la medida del largo del brazo (demispan), ya que esta medida tenía mayor



34 correlación con la altura de los individuos de la muestra que la fórmula de Chumlea para medir la altura talón-rodilla (15).

En cuanto al estado de ánimo de los individuos de la muestra y según se desprende en respuesta a las preguntas subjetivas, hemos observado que el 13,5% declaró en la entrevista que estaba triste. Hay que tener en cuenta que una de las principales características de la depresión en los ancianos es la tendencia que tienen a negar o quitar importancia a su tristeza. A veces las personas mayores con depresión, en lugar de manifestar que están tristes, se retraen o aíslan, o se vuelven irritables. En nuestro estudio, los que se encontraban más tristes eran las mujeres y los que no podían salir de casa. Por otra parte, el 8,9% de los individuos declaró que se encontraba solo. Como era de esperar, los que se encontraban más solos eran los que no estaban casados, los que vivían solos, los que no salían de su domicilio por problemas de movilidad y los que tenían menos amigos. Por último, cabe señalar que, según el nivel asistencial, los que se encontraban más tristes y solos eran los que estaban ingresados en el centro de media estancia (subagudos). Quizá esto sea debido a que en esta unidad muchos de los pacientes son personas mayores terminales o paliativos y muchos de ellos viven con la incertidumbre de su enfermedad.

Son muchos los trabajos encontrados en la bibliografía sobre el estado nutricional de las personas de edad avanzada, y llaman la atención las grandes variaciones en las cifras de prevalencia de la malnutrición. La prevalencia de la malnutrición es relativamente baja en las personas de edad avanzada que viven en su *domicilio* (5-10%) (16) y aumenta de forma considerable (30-60%) en los ancianos ingresados en el *hospital* (17). Probablemente esto sea debido a que los individuos que luego serán ingresados se encuentran ya debilitados a causa de un estado de subdéficit inadvertido que provoca depresión inmunitaria, disminución de reserva funcional y de capacidad de respuesta frente a agresiones externas. Si comparamos nuestro estudio con otros estudios realizados sobre el estado nutricional en los individuos mayores vemos que:

En un estudio nutricional realizado en Reus (Tarragona) (18) a individuos de edad avanzada en residen-

cias geriátricas y hospitalizados en centros de larga estancia, de los pacientes con malnutrición proteico-energética (MPE), el 63% tenía más de 80 años, el 89,5% estaba hospitalizado en el centro de larga estancia, el 73,7% tenía demencia y el 84% presentaba deambulación asistida o nula. Si comparamos estos datos con los nuestros, podemos decir que, de los pacientes con estado nutricional insatisfactorio, el 59,3% tenía más de 80 años, el 100% estaba hospitalizado en el centro de larga estancia (crónicos), el 77,3% tenía deterioro cognitivo moderado o grave y el 97,6% no salía de casa por presentar problemas de movilidad. Pensamos que la diferencia en cuanto al número de individuos crónicos que presentaba un estado nutricional insatisfactorio (89,5% en Reus, 100% en Lleida) podría ser debida al reducido número de individuos crónicos muestreados en nuestro estudio (5,7% del total: 11/190). En cuanto a la movilidad, la diferencia (84% frente al 97,6%) puede ser debida al sesgo producido en nuestra muestra, ya que de los individuos que no salían de su domicilio por problemas de movilidad, un 20% estaba ingresado en el hospital de agudos diagnosticado de accidente cerebrovascular agudo y un 30% hospitalizado en el centro de media estancia (subagudos), y en consecuencia, por su proceso de rehabilitación, son pacientes a los que cuesta más la deambulación.

El resultado de nuestro estudio es comparable con un estudio de evaluación del estado nutricional mediante el MNA realizado por Salvà y cols. (9) en el cual se evaluaron un grupo de ancianos convalecientes, un grupo de ancianos institucionalizados en residencias y un grupo de ancianos de la comunidad. El resultado de dicho estudio fue que el 87,7% de los individuos dentro del grupo de convalecientes y el 10% de la comunidad fueron catalogados como de riesgo de malnutrición o malnutridos. En nuestro estudio, el 93,3% del grupo de convalecientes (subagudos) y el 13,5% de la comunidad fueron catalogados como de riesgo de malnutrición o malnutridos (estado nutricional insuficiente).

Hemos podido constatar, al igual que otros autores, que el incremento del riesgo de malnutrición o de la malnutrición aumenta con la edad (19-20) y que el estado nutricional medido a través del MNA está rela-

44 cionado con las ABVD (21-22) y con el estado cognitivo (23), ya que los individuos de nuestro estudio con estado nutricional insatisfactorio, el 80% era dependiente total o parcialmente y el 77,3% tenía un deterioro cognitivo moderado o grave. Por otro lado, se ha podido observar que a medida que avanza la edad existe mayor dependencia y mayor deterioro cognitivo. Creemos que los resultados del test de Pfeiffer no son sensibles a cambios clínicos significativos (24) pero sí pueden estar influenciados por el nivel educacional del encuestado (25). En nuestro estudio hemos observado que un 18% de los individuos con deterioro cognitivo no tenía estudios.

## CONCLUSIONES

La evaluación nutricional puede resultar útil en la detección de grupos de individuos mayores con estado nutricional insatisfactorio y que pueden beneficiarse de inmediato o antes del alta si están ingresados en el hospital. Es importante saber el perfil de estos sujetos. Nuestros resultados permiten acercarse a este perfil. En función de las asociaciones obtenidas, las características principales en cuanto a los factores psicosociales asociados al estado nutricional insatisfactorio de dicha población serían: sujetos ingresados principalmente en hospitales de larga y media estancia (crónicos y subagudos), mayores de 80 años, que no salen de su domicilio y que subjetivamente se encuentran tristes y solos, que son dependientes total o parcialmente en las ABVD y que tienen un deterioro cognitivo de moderado a grave.

Los individuos de edad avanzada, con los años, se ven acompañados de una mayor dependencia que les convierte en personas mayores frágiles. Esta situación

35 puede dar lugar a un síndrome de malnutrición. El profesional de enfermería debe conocer las múltiples situaciones de riesgo relacionadas con esta situación y contribuir a evitar estados de soledad, de depresión y de otros factores psicosociales. Las personas mayores pueden o no quejarse de que están tristes y sólo observándolas nos podemos dar cuenta de que están deprimidas. La relación de ayuda por parte de la enfermera juega un papel importante en su bienestar psicológico ya que les ayuda a mantener su autoestima disminuyendo el sentimiento de soledad.

Creemos que serían necesarias más investigaciones en el ámbito de la gerontología. La enfermera, como profesional de los cuidados, debe identificar y liderar las líneas de investigación que le son prioritarias. La potenciación de recursos como la autoestima o el apoyo social puede tener una importante repercusión en el bienestar psicosocial de las personas mayores y, consecuentemente, en su calidad de vida.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos dar las gracias a todas las personas que nos han ayudado y alentado a realizar este estudio, que forma parte de un trabajo de investigación más amplio sobre factores relacionados con el estado nutricional. El grupo de personas que actualmente está trabajando en dicho estudio es el siguiente: en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Lleida, P. Jürschik, C. Nuin y J. Torres; en el CAP de Balafia, P. Escolá, M. Pera, R. Roig y M. Solé; en el Hospital Arnau de Vilanova, P. Ricart, A. González, A. Espart, A. Bosch, y C. Magrí; en la U.S.S., M. Badía y Y. Fauria; en el Hospital Nadal Merolles, N. Bernadó y T. Noguera y en el Hogar de San Josep, J. Canales y N. Navarro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cava Gonzalo MJ. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev Mult Gerontol* 2000; 10 (4): 215-21.
2. Yanguas JJ, Leturia FJ, Leturia M, Uriarte A. Intervención psicosocial en gerontología. Madrid: Ed. Caritas, 1998.
3. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional assessment: A practical assessment tool for gauging the nutritional state of elderly patients. En:

- Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Alberede JL: *Nutrition in Elderly*. Paris: Serdi Editores, 1994; 15-61.
4. Cirafici L, Guillet M, Wiesel PH. Analysis of hospital cost and morbidity in relation to nutritional status of patients more than 65 years old in General Surgery unit in Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly: B. Vellas, PJ Garry, Y Guigoz, Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical and Performance Programme, 1998, vol 1: 174.
5. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MV. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure



- 36 of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.
6. Pfeiffer EA. Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic deficit in the elderly. *J Am Geriatric Soc* 1975; 23: 433-41.
7. Bassey EJ. Demispan as a measure of skeletal size. *Ann Human Biol* 1986; 13: 499-502.
8. DeGrot LC, Beck AM, Schroll M, Van Staveren WA. Evaluating the determine your nutritional health checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly Europeans. *Eur J Clin Nutrition* 1998; 52: 877-83.
9. Salvá A, Bleda MJ, Bolibar I. The mini Nutritional Assessment in Clinical Practice. En *Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly*: B. Vellas, PJ Garry, Y Guigoz (eds), Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical and Performance Programme, 1998, vol 1: 123-30.
10. Frisancho A. New standards of weight and body composition by frames size and height for assessment of nutritional status of adults and the elderly. *Am J Clin Nutr* 1984; 40: 808-19.
11. Heymsfield SB, McManus C, Smith J, Stevens V, Nixon DW. Anthropometric measurement of muscle mass: Revised equations for calculating home free arm muscle area. *Am J Clin Nutr* 1982; 36: 680-90.
12. Master A, Lasser R. Tables of average weight and height of americans aged 65 of 94 years. *JAMA* 1960; 13: 658-62.
13. Dequeker JV, Baeyens JB, Claessens J. The significance of stature as a clinical measurement of aging. *J Am Geriatr Soc* 1969; 17: 169-179.
14. Trotter M, Gleser GC. "The effect of aging on stature". *Am J Phys Anthropol* 1951; 9: 311-24.
15. Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating Stature from Knee Height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 116-20.
16. Alix E, Constans T. Epidémiologie de la dénutrition chez les personnes âgées. *Anne Gerontologique* 1992; 191-200.
17. Potter J, Klipstein K, Reilly JJ, Robert M. The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. *Age Ageing* 1995; 24: 131-6.
18. Esteban M, Fernández-Ballart J, Salas-Salvadó J. Estado nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización. *Med Clin* 2002; 118 (18): 707-15.
19. Mias C, Jürschik P, Massoni T, Sadurní M, Aguilà JJ, Solá R, Nuin C, Torres J. Evaluación del estado nutricional de los pacientes atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. *Nutr Hosp* 2003; 18 (1): 6-14.
20. Ramon JM *et al.* Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Medicina Clínica* 2001; 117 (20): 766-70.
21. Galanos AN, Pieper FC, Cornoni-Huntley JC, Wales, CW, Fillenbaum GC. Is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly? *J Am Geriatr Soc* 1994; 42 (4): 368-73.
22. Morales P, González E, Santolaria F, Batista N, González A. Functional decline and nutritional status in hospitalized geriatric population: sequential study. *Nutrition* 1990; 6: 469-73.
23. Molaschi M, Massaia M, Pallavivino di Ceva A, Nicoletti F, Ferrario E, Ponzeto M, Cappa G. Mini Nutritional Assessment in Nursing Home Residents. En: Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y. *Mini Nutritional Assessment (MNA) Research and practice in elderly*. Nestlé Clinical and Performance. Nutrition Workshop series, Switzerland: Karger, 1998; 1: 159-60.
24. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *New Engl J Med*, 1990; 17 (322): 1207-14.
25. Folstein MF, Folstein S, McHuth PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
- 45